

**CONSENTEMENT POUR LA  
COMMUNICATION D'INFORMATIONS  
À LA JUSTICE PÉNALE**

NOM PRÉNOM DU PATIENT/DÉFENDEUR		PRÉNOM	IN. 2E
N° D'IDENTIFICATION		N° DE DOSSIER	
ÉTABLISSEMENT		UNITÉ	

**INSTRUCTIONS** : Préparer une (1) copie pour le dossier du patient.

Je soussigné(e), patient(e)/défendeur, consens par la présente à la communication entre le personnel de cet établissement et les instances pénales/personnes suivantes :

Cette communication est nécessaire dans le but d'informer les instances pénales/personnes suivantes de ma présence, de l'évolution de mon état et de mon attitude au titre de mon évaluation et de mon traitement et

Les informations qui pourront être communiquées seront celles relatives à mon diagnostic, ma présence ou mon absence aux séances de traitement, ma coopération dans le cadre du programme de traitement, mon pronostic et

Je comprends que ma participation au traitement est une condition de (cocher toutes les réponses applicables) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ma sortie de détention                       | <input type="checkbox"/> l'exécution de la sentence prononcée contre moi   |
| <input type="checkbox"/> l'issue de la procédure pénale à mon endroit | <input type="checkbox"/> la suspension d'une sentence prononcée contre moi |
| <input type="checkbox"/> une autre action (préciser) :                |  |

Je comprends que, sauf indication contraire, ce consentement restera effectif et ne pourra pas être révoqué avant l'expiration ou la révocation effective et formelle de ma sortie de détention et/ou liberté conditionnelle, probation, issue définitive d'une libération conditionnelle ou d'une autre action selon laquelle j'ai été contraint(e) à suivre un traitement.

Durée du consentement (*si différente*)

Condition(s) de révocation du consentement (*si différentes*)

Je comprends également que toute communication est liée par la Partie 2 du Titre 42 du Code des règlements fédéraux régissant la confidentialité des dossiers des patients relatifs à l'alcoolisme et à la toxicomanie, et les destinataires de ces informations pourront les retransmettre uniquement dans le cadre de leurs fonctions officielles.

\_\_\_\_\_  
(Signature du patient/défendeur)

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur, si nécessaire)

\_\_\_\_\_  
(Nom du patient/défendeur en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Date)